



**ІНФОРМАЦІЙНА
КАРТКА
№ 167**

Затверджена рішенням
виконкому міської ради
від 02.10.2019 № 347

**Центр надання
адміністративних послуг
виконкому Пирятинської
міської ради**

37000, м.Пирятин

пл.Героїв Майдану, 2

тел. (05358) 3-23-50, 3-23-53

E-mail: snar@pyryatyn-mrada.gov.ua

Графік роботи:

Понеділок – з 08-00 до 17-00

Вівторок – з 08-00 до 17-00

Середа – з 08-00 до 17-00

Четвер – з 08-00 до 20-00

П'ятниця – з 08-00 до 17-00

Субота – з 08-00 до 14-00

Призначення щомісячної грошової допомоги особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I або II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарсько-консультативної комісії закладу охорони здоров'я потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею

1.

**Перелік документів,
необхідних для
(надання) отримання
послуги**

1. Заява встановленого зразка.
2. Паспорт громадянина України (паспорт зразка 1994 року або ID картка та форма 13) або інші документи, що посвідчують особу заявника.
3. Декларація про доходи та майно (заповнюється на підставі довідок про доходи кожного члена сім'ї), за формою, затвердженою Мінсоцполітики.
4. Висновок лікарської комісії медичного закладу щодо необхідності постійного стороннього догляду за особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу.
5. Довідки про наявність і розміри земельних ділянок, виділених для ведення особистого підсобного господарства, городництва, сінокосіння, випасання худоби, та земельної частки, виділеної внаслідок розпаювання землі.
6. Довідка до акта огляду медико-соціальною експертною комісією, яка видана особі з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, за якою здійснюється догляд.
7. Довідка, видана уповноваженим органом за місцем реєстрації дієздатної особи, про те, що вона не перебуває на обліку як одержувач і не одержує щомісячну грошову допомогу на догляд за місцем реєстрації (у разі, якщо дієздатна особа постійно проживає на одній житловій площі за місцем реєстрації (проживання) особи з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, але зареєстрована в іншому місці).

		8. Згода на обробку персональних даних.
2.	Порядок та спосіб їх подання	Заява та документи, необхідні для призначення допомоги, подаються особою суб'єкту надання адміністративної послуги: через уповноважених осіб виконавчого органу сільської, селищної, міської ради відповідної територіальної громади; посадових осіб центру надання адміністративних послуг; поштою або в електронній формі через офіційний веб-сайт Мінсоцполітики або інтегровані з ним інформаційні системи органів виконавчої влади та органів місцевого самоврядування, або Єдиний державний веб-портал електронних послуг (у разі технічної можливості)*
3.	Платність(безоплатність)	Безкоштовно
4.	Строк надання послуги	Протягом 10 робочих днів після надходження заяви зі всіма необхідними документами
5.	Перелік підстав для відмови у наданні послуги	1. Неповний або неналежно оформлений пакет документів. 2. Сталися зміни у складі сім'ї у зв'язку із смертю або зміною місця проживання особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу. 3. Закінчився строк установлення інвалідності I чи II групи і протягом місяця не підтверджено встановлення групи інвалідності, яка дає право на призначення допомоги на догляд. 4. Особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу перебуває на повному державному утриманні або стаціонарному лікуванні впродовж повного календарного місяця.
6.	Результат послуги	Призначення щомісячної грошової допомоги/відмова у призначенні щомісячної грошової допомоги.
7.	Способи отримання відповіді (результату)	Повідомлення про призначення допомоги (відмову у призначенні) видається (надсилається поштою) одержувачу, про що робиться відповідний запис у журналі видачі довідок та повідомлень.
8.	Акти законодавства, що регулюють порядок та умови надання послуги	ЗУ „Про психіатричну допомогу“ від 22.02.2000 № 1489- III; Постанова КМУ від 02.08.2000 № 1192 „Про надання щомісячної грошової допомоги особі, яка проживає разом з особою з інвалідністю I чи II групи внаслідок психічного розладу, яка за висновком лікарської комісії медичного закладу потребує постійного стороннього догляду, на догляд за нею“; Порядок обчислення середньомісячного сукупного доходу сім'ї (домогосподарства) для усіх видів державної соціальної допомоги, затверджений постановою Кабінету Міністрів України від 22.07.2020 № 632 „Деякі питання виплати державної соціальної допомоги“; Наказ Міністерства праці та соціальної політики України від 19.06.2006 № 345 „Про затвердження Інструкції щодо порядку оформлення і ведення особових справ отримувачів усіх видів соціальної допомоги“, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 06.10.2006 за № 1098/12972; Наказ

		Мінсоцполітики України від 21.04.2015 № 441 „Про затвердження форми Заяви про призначення усіх видів соціальної допомоги, компенсацій та пільг“, зареєстрований у Міністерстві юстиції України 28.04.2015 за № 475/26920.
9.	Право на оскарження	Суб'єкт звернення має право подати скаргу: на дії чи бездіяльність адміністраторів керівнику ЦНАП або міському голові; на отриманий через ЦНАП результат послуги до суб'єкта надання послуги та в судовому порядку
10.	Відповідальний за виконання	Управління соціального захисту населення Лубенської районної державної адміністрації Відділ з питань надання державних соціальних допомог, субсидій, інших видів соціальної підтримки населення та роботи з інформаційними системами № 3 37000, Полтавська обл., м.Пирятин, вул.Ярмаркова, 41 тел. (05358) 2-04-62 Графік роботи: Понеділок – з 08-00 до 17-00 Вівторок – з 08-00 до 17-00 Середа – з 08-00 до 17-00 Четвер – з 08-00 до 17-00 П'ятниця – з 08-00 до 16-00

ЗГОДА
на обробку персональних даних

Я, _____,
(прізвище, ім'я, по батькові)

народився (лась) „_____“ _____ року, паспорт серії _____

№ _____, виданий _____

Зареєстрований (на) в Україні за адресою (останнє місце реєстрації): _____

Відповідно до Закону України „Про захист персональних даних“ від 1 червня 2010 року № 2297-VI даю згоду на обробку моїх персональних даних:

прізвище, ім'я, по батькові, адреса, паспортні і ідентифікаційні дані, з метою

_____.
(мета запиту інформації)

Мої персональні дані, на обробку яких я даю цю згоду, можуть бути передані третім особам тільки у випадках, передбачених законодавством України.

„_____“ _____ року

_____ (підпис)

_____ (прізвище та ініціали)